

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

531

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques LEMOYNE

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 5 Décembre 1901 à Limoges (Haute-Vienne)

LA PHARYNGOTOMIE INFÉRIEURE
PAR VOIE LATÉRALE

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques LEMOYNE

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 5 Décembre 1901 à Limoges (Haute-Vienne)

LA PHARYNGOTOMIE INFÉRIEURE
PAR VOIE LATÉRALE

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1932

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie.....	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERG.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENI.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BROCCQ..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI .. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIÈRE..... Pathologie expérimentale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES..... Obstétrique

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX..... Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER..... Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ BOYER ...	Clinique chirurgicale.

MM.	
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. Stomatologie. Education physique. Radiologie clinique. Puériculture.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé....	
LEDoux-LEBARD	
WEIL-HALLÉ	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEMAITRE

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu me faire le
grand honneur de présider cette
thèse.*

A MON MAITRE
LE DOCTEUR HAUTANT
Laryngologiste de l'Hôpital Tenon
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse et guidé de ses conseils.*

A MON MAITRE
LE DOCTEUR A. MOULONGUET
Laryngologiste de l'Hôpital Boucicaut
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Auquel je suis profondément
reconnaissant d'avoir orienté mes
études vers la laryngologie.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

1922. MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER

1923. MONSIEUR LE DOCTEUR LAUBRY

1924. MONSIEUR LE PROFESSEUR F. WIDAL

Internat provisoire

1925. MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER

1926. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVOIR

Internat

1929. MONSIEUR LE DOCTEUR GRIVOT

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUGET

1930.

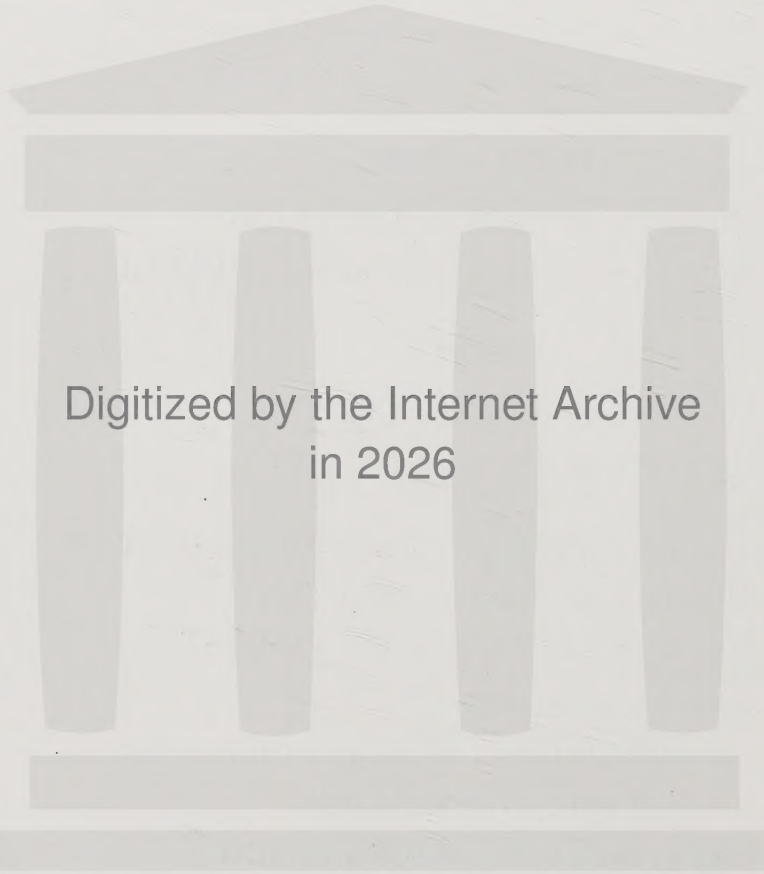
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMAREST

1931. MONSIEUR LE DOCTEUR HAUTANT

1932. MONSIEUR LE DOCTEUR CL. VINCENT

A MESSIEURS LES DOCTEURS
AUBRY, CHATELLIER,
MAY, MÉTIVET, WEISSENBACH

(des hôpitaux de Paris).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Le but de ce travail est de mettre au point une technique chirurgicale, permettant d'aborder le pharynx et de l'ouvrir en faisant courir au malade un minimum de risques du fait de l'intervention.

Cette opération, qu'il est logique d'appeler *pharyngotomie inférieure par voie latérale*, pratiquée depuis plus de deux ans dans le service de notre maître, le Dr Hautant, à l'Hôpital Tenon a déjà subi l'épreuve du temps.

Elle a été appliquée presque exclusivement au traitement des cancers pharyngo-laryngés. Il ne sera cependant pas discuté des diverses méthodes thérapeutiques applicables à ces tumeurs. Seule la technique de la pharyngotomie sera mise au point dans ce travail.

HISTORIQUE

Deux voies principales ont été utilisées pour aborder les parties extrinsèques du larynx et le pharynx : une voie médiane et une voie latérale.

I. — Voie médiane

A peu près abandonnée maintenant. L'obstacle principal est l'os hyoïde ; il faut le sectionner ou le contourner, d'où plusieurs techniques :

1^o *Voie trans-hyoïdienne*. — Décrite en 1896 par Vallas, elle fut utilisée en France par Moure (1897) puis par J. L. Faure (1903).

2^o *Voie sus-hyoïdienne*. — Elle demande l'adjonction d'une incision latérale. Il faut en rapprocher la pharyngotomie médiane translinguale de Trotter.

3^o *Voie sous-hyoïdienne*. — Excellente voie d'abord de la base de l'épiglotte, elle fut décrite en 1835 par Malgaigne et exécutée par Prat, chirurgien de la marine française en 1857.

II. — Voie latérale

Elle apparaît progressivement après une période de techniques mixtes où la voie d'abord est encore médiane mais avec extension de l'incision en dehors.

1^o *Techniques mixtes.* — Kronlein ajoute une incision latérale à une extrémité de l'incision transversale.

Kocher exécute une pharyngotomie médio-latérale.

2^o *Pharyngotomie latérale proprement dite.* — Langenbeck, Gluck, Sébilleau et Quénu en 1904, décrivent une pharyngotomie latérale rétrothyroïdienne. L'incision est la même que celle qui est utilisée maintenant, au bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien. Mais l'ouverture du pharynx se fait en arrière du bord postérieur de l'aile thyroïdienne. On n'a donc qu'un jour imparfait sur la portion inférieure du pharynx et les parties extrinsèques du larynx masquées par l'aile thyroïdienne.

Cette modification indispensable à la pharyngotomie latérale est apportée pour la première fois en 1913 par Trotter, chirurgien anglais, qui propose la résection de la grande corne de l'os hyoïde et d'une partie de l'aile thyroïdienne.

MÉTHODES ACTUELLES

Elles dérivent toutes de l'opération de Trotter et sont utilisées pour l'abord des cancers extrinsèques du larynx.

I. — Opération de Trotter

Elle se fait en un seul temps.

1^o Anesthésie générale au chloroforme, par la bouche d'abord, puis par la canule dès que la trachéotomie est faite.

2^o Trachéotomie basse.

3^o Incision au bord antérieur du sterno : à l'extrémité supérieure de laquelle se branche une incision transversale sous le bord inférieur du maxillaire, allant jusqu'à la ligne médiane.

4^o Ablation des ganglions jugulaires et sous-maxillaires d'un ou des deux côtés (suivant le siège de la tumeur et les résultats de la palpation).

Ablation de la jugulaire interne si elle est adhérente aux ganglions.

5^o Fixation du bord antérieur du sterno au fascia prévertébral pour protéger de l'infection les traînées celluluses le long des gaines vasculaires.

6^o Ablation de la grande corne de l'os hyoïde et d'une partie de l'aile du cartilage thyroïde.

7^o Ouverture du pharynx.

8^o Ablation de la tumeur.

9^o Suture de la plaie pharyngée après mise en place par le nez d'une sonde œsophagienne (au moins dans la description primitive).

II. — En Angleterre

1^o Saint-Clair Thomson, Lionel Colledge, préconisent encore récemment la suture de la plaie pharyngée.

Ils conseillent cependant, si l'opérateur manque d'expérience, de faire une pharyngostomie par suture des lèvres de la brèche pharyngée aux bords de l'incision cutanée, et de fermer ultérieurement par une plastique.

La sonde œsophagienne, sort par la bouche ou le nez si le pharynx est suturé, par le cou si on a pratiqué une pharyngostomie.

2^o Lionel Colledge (dans un article plus récent) et Peacock, condamnent de façon absolue la suture pharyngée. On fera toujours une pharyngostomie. Sterno-mastoïdien et jugulaire interne seront systématiquement enlevés.

III. — En Amérique

1^o Henry Boylan Orton a adopté la technique de Trotter avec pharyngostomie et plastique ultérieure.

2^o John E. Mac Kenty conseille de ne pas ouvrir systématiquement le pharynx lors de la première intervention et de réserver cette ouverture pour un deuxième temps.

IV. — En France

1^o Sébilleau, dans la thèse d'un de ses élèves,

2^o Portmann, dans un article intitulé « pharyngectomie », décrivent une technique dérivée également de l'opération de Trotter.

DISCUSSION DE CES MÉTHODES

Bien que n'ayant pas l'intention d'étudier dans ce travail le traitement des cancers du pharyngolarynx, c'est cependant la pharyngotomie latérale appliquée au traitement de ces tumeurs que nous aurons surtout en vue.

L'opération de Trotter constitue un progrès indéniable sur les premières pharyngotomies latérales qui ménageaient la grande corne de l'os hyoïde et l'aile thyroïdienne. Elle donne un jour considérable sur la partie laryngée du pharynx ; elle permet donc d'aborder la base de l'épiglotte, les replis aryéno-épiglottiques, le sinus piriforme, la région rétro-cricoïdienne.

Mais, bien que les risques opératoires aient été diminués par l'abouchement du pharynx à la peau (pharyngostomie), cette opération ne constitue pas encore une intervention d'une bénignité absolue, et oblige le chirurgien à compléter l'acte opératoire par une plastique ultérieure compliquée.

Le but de cette discussion est d'établir par quels procédés on peut pratiquer cette intervention sans risque immédiat pour le malade (en dehors des con-

ditions étiologiques, dont dépend bien entendu le pronostic ultérieur).

Une notion fondamentale domine cette chirurgie du pharynx et des voies aériennes supérieures, c'est la crainte des complications septiques : cellulite diffuse, broncho-pneumonie.

Tout doit donc être mis en œuvre pour diminuer autant qu'il est possible les risques d'infection, particulièrement nombreux et graves puisque, d'une part, on ouvre une cavité très septique d'où va s'écouler en permanence une sécrétion abondante, et que, d'autre part, il s'agit en général de sujets âgés, plus ou moins affaiblis, intoxiqués et en état de dénutrition.

Deux règles de conduite paraissent primordiales dans cet ordre d'idée :

1^o Opérer en plusieurs temps.

2^o Laisser largement ouvert et par conséquent ne jamais mettre un point ni sur la plaie pharyngée ni, *a fortiori*, sur les plans superficiels.

I. — Nécessité d'opérer en plusieurs temps

Nulle part il n'y est fait allusion sauf dans une discussion dans les archives of otolaryngology septembre 1930, où, à propos d'un article de Henry Boylan Orton, John E. Mac Kenty de New-York-soulève discrètement la question. Si on a, dit-il, des raisons particulières de redouter l'infection de la

plaie, il serait peut-être préférable de ne pas ouvrir le pharynx à la première opération, et d'attendre pour cela plusieurs jours.

Il faut aller plus loin et affirmer la nécessité d'opérer au moins en deux temps.

Premier temps. — Découverte de l'œsophage et du pharynx par une longue incision au bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien qui permet d'introduire une sonde dans l'œsophage par une simple boutonnière. On mèche ensuite soigneusement à la gaze iodoformée toute la plaie opératoire surtout vers le bas pour provoquer la formation d'adhérences qui protégeront les traînées celluluses vers le médiastin. Inutile de suturer le bord antérieur du sterno au fascia prévertébral : ce n'est pas en arrière que sont les risques d'infection mais vers le bas. Aucun point de suture sur les plans superficiels.

On a pu profiter de l'occasion pour explorer au doigt à travers la paroi pharyngée une tumeur de l'hypopharynx ou des parties extrinsèques du larynx.

Le premier temps est terminé. On le complète immédiatement par une trachéotomie basse.

Puis le malade est laissé au repos une huitaine de jours. On le nourrit substantiellement au moyen de la sonde œsophagienne qui sort par la plaie. Il se remonte et s'accoutume à sa trachéotomie.

Deuxième temps. — *La pharyngotomie proprement dite*, c'est-à-dire l'ouverture du pharynx. Découverte

et traitement de la lésion. Nouveau tamponnement minutieux de la plaie qui demeure largement ouverte.

Par ce procédé, on diminue le choc opératoire, on permet au malade de s'habituer à la trachéotomie, et surtout on n'ouvre la cavité hyperseptique du pharynx que lorsque les adhérences solides, surtout en bas, sont capables d'établir une barrière à l'infection.

II. — Nécessité de laisser ouvert

Elle paraît bien évidente lorsqu'on examine les statistiques de Colledge et Peacock portant sur neuf cas de pharyngotomie latérale. On note en effet :

— D'une part 5 cas où la plaie pharyngée fut suturée (la plaie cutanée demeurant pourtant ouverte). Résultat : 4 morts par broncho-pneumonie dans les quelques jours qui suivirent l'intervention.

— D'autre part 4 cas où le pharynx demeura largement ouvert par suture des lèvres de la muqueuse aux bords de l'incision cutanée (pharyngostomie). Résultat : pas un seul cas de mort du fait de l'intervention. Une plastique permit ultérieurement de fermer le pharynx. Le pronostic ultérieur fut sous la dépendance de la tumeur.

Dans une statistique de Boylan Orton portant sur 9 cas de pharyngotomie avec abouchement du pharynx à la peau, on ne relève que deux morts par accident pulmonaire dans les 36 heures (on est loin

des 4 morts sur 5 de la première statistique de Colledge et Peacock).

A côté de ces deux règles primordiales :
opérer en plusieurs temps,
laisser tout largement ouvert,
il convient de faire ressortir l'intérêt :

1^o *des soins préalables de la bouche.* — On fera procéder à l'avulsion des chicots, à l'obturation des caries.

On veillera à une désinfection minutieuse du rhinopharynx.

2^o *du mode d'anesthésie.* — Le choix de l'anesthésique est délicat et demande beaucoup de doigté. L'anesthésie locale a seule été utilisée dans le service du docteur Hautant, et celui-ci condamne formellement l'emploi de l'anesthésie générale.

Le chloral, le pantopon, la scopolamine pourront être utilisés comme adjuvants en tâtant soigneusement la susceptibilité du malade, mais proscrits si l'état général n'est pas bon.

L'avertine, à doses faibles, rendra peut-être de grands services, mais il est nécessaire de soumettre son emploi à l'épreuve du temps.

3^o *de la nécessité d'alimenter substantiellement le malade,* ce qui est d'autant plus facile qu'il n'a pas eu à supporter une anesthésie générale.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

**La pharyngotomie inférieure par voie latérale
telle qu'elle est pratiquée dans
le service du Docteur Hautant à l'hôpital Tenon**



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

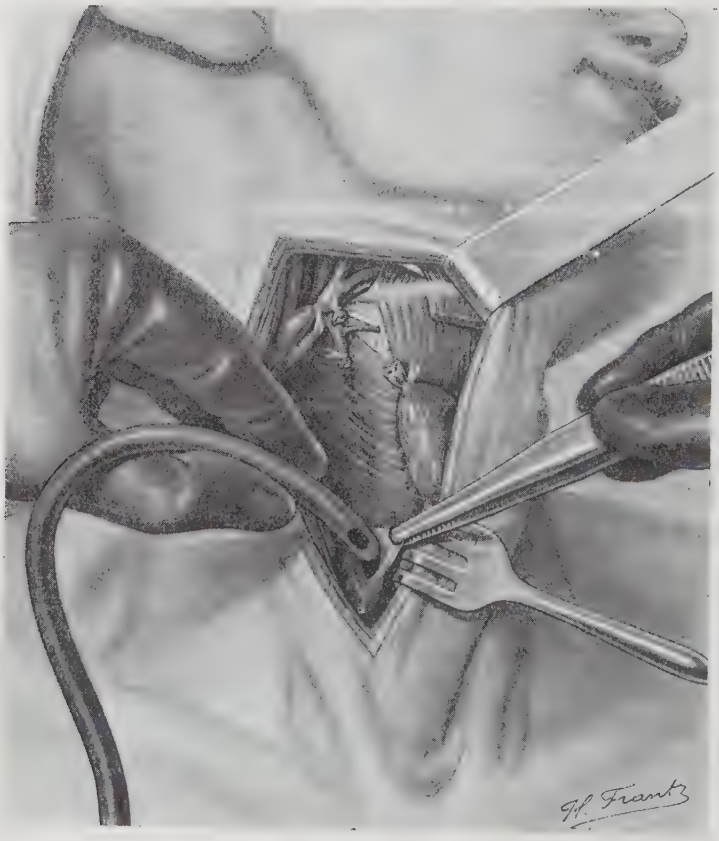


Fig. 4.



Fig. 2

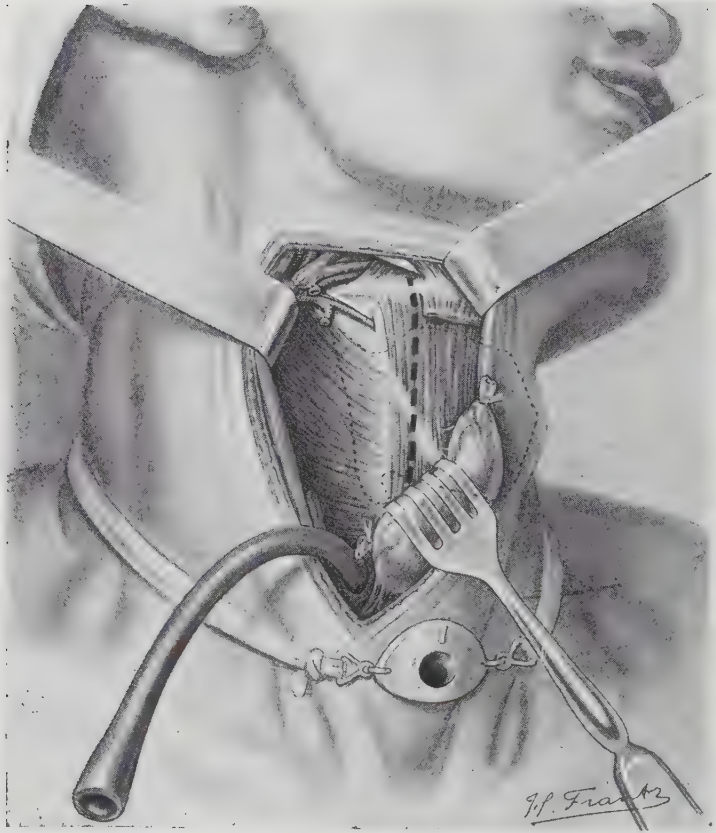


Fig. 6.

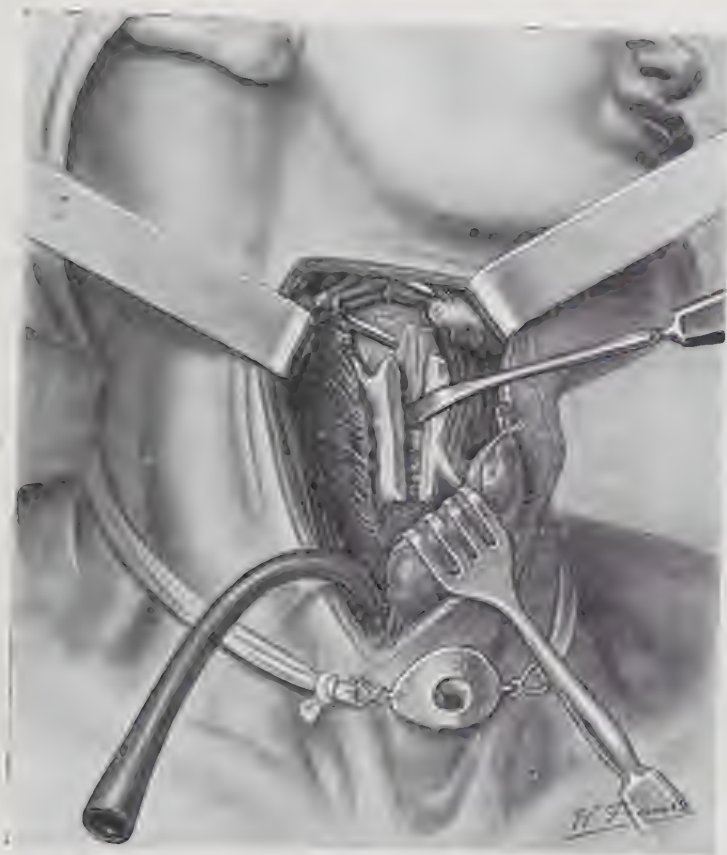


Fig. 2.

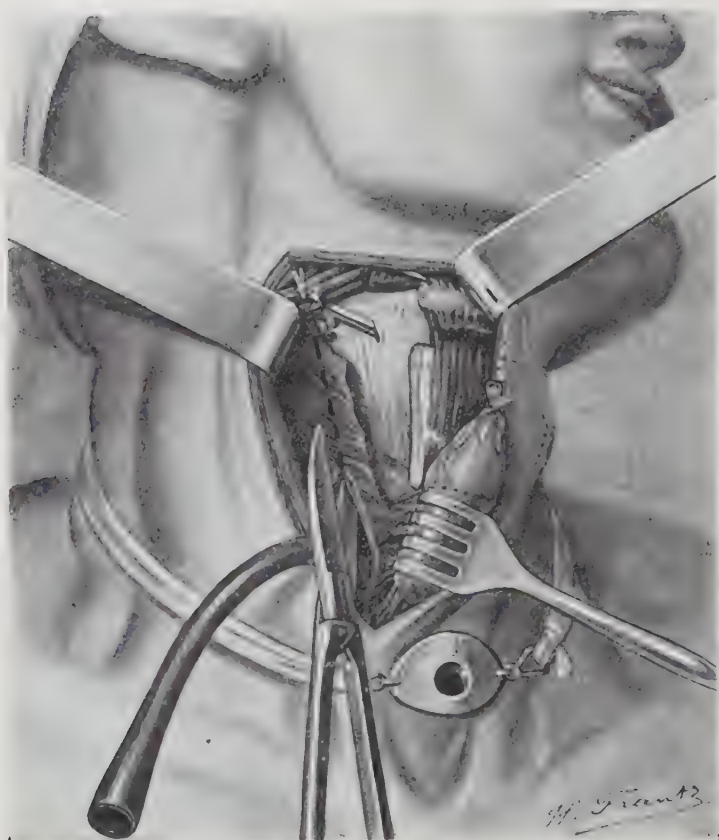


Fig. 8.

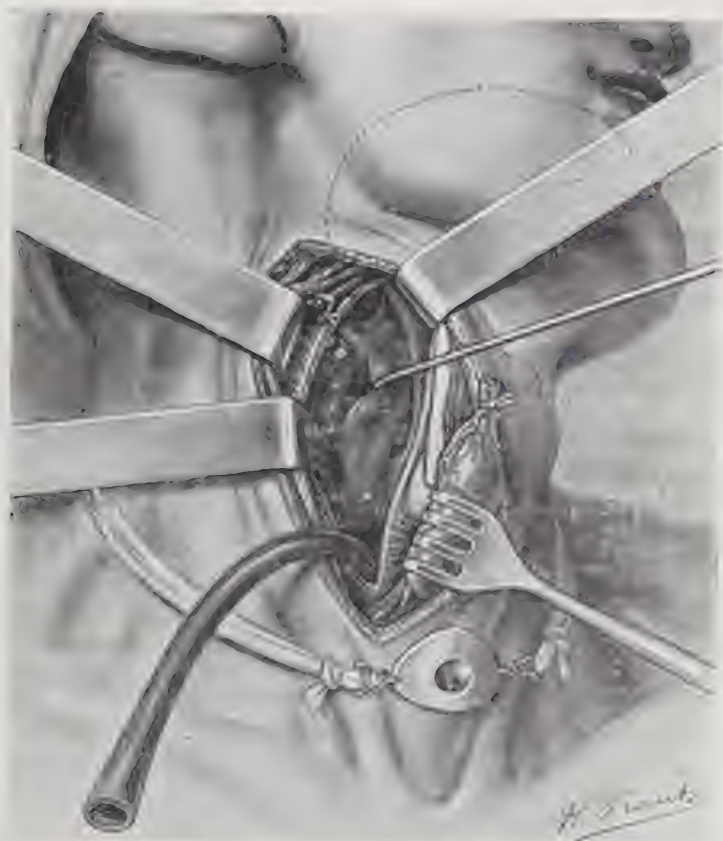


Fig. 9.

LES PRÉLIMINAIRES

I. — Préparation du malade

Veiller à une désinfection parfaite de la bouche et du rhinopharynx.

Si le sujet est en bonne condition physique, donner, la veille et le matin de l'intervention, un gramme de chloral par la bouche ; une heure avant une injection de Pantopon ou de scopolamine.

Si l'état général du malade n'est pas fameux, mieux vaut s'abstenir de tout hypnotique.

II. — Installation du malade sur la table d'opérations

Elle a une grosse importance si on veut y voir clair. Un pupitre ou des alèzes pliées sont glissés sous les épaules. La tête est portée en hyperextension et la face tournée vers l'épaule opposée au côté opéré.

Le sterno-cléido-mastoïdien est ainsi tendu au maximum et son relief se dessine sous la peau.

III. — Anesthésie locale

Préparer dans un verre à expérience une quantité suffisante de solution de novocaïne à 1 pour 200 sans adrénaline. 80 à 90 cc. sont souvent nécessaires. Utiliser une seringue de 10 ou 20 cc. et une aiguille fine de 10 centimètres de longueur environ.

Commencer par une infiltration dermique puis sous-cutanée du trajet de la future incision.

Puis plonger franchement en dedans du bord antérieur du sterno en donnant à l'aiguille une direction oblique en arrière et en dedans. Infiltrer de proche en proche la région du lobe latéral du corps thyroïde, de l'aile thyroïdienne, de la grande corne de l'os hyoïde, et entre les deux, du nerf laryngé supérieur. Aller profondément jusqu'au pharynx en haut, à l'œsophage en bas.

On peut enfin, passant sous le bord postérieur du muscle sterno, aller infiltrer, près de leur émergence, les filets du plexus cervical profond.

Pendant ces manœuvres, s'assurer, après toute nouvelle progression de l'aiguille, que la pointe de celle-ci n'est pas dans la lumière d'un vaisseau.

Si une trachéotomie doit être faite à la fin du premier temps, infiltrer les plans prétrachéaux et instiller par l'espace crico-trachéal quelques gouttes d'une solution de cocaïne au 1/20^e.

Attendre au moins un quart d'heure avant de commencer l'opération.

L'OPÉRATION

I. — Premier temps

1^o *Incision cutanée* (fig. 1). — L'incision doit être longue. Partant en arrière de l'angle de la mâchoire, elle suit le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, et descend jusqu'à la clavicule.

2^o *Dissection du plan musculaire superficiel*. — Le peaucier du cou est incisé perpendiculairement à ses fibres.

Le bord antérieur du sterno est dégagé au bistouri qui incise l'aponévrose cervicale superficielle.

A l'aide de l'extrémité fermée des gros ciseaux droits, on dissocie le tissu cellulaire de la gouttière située en dedans de la gaine vasculaire.

3^o *Dissection du plan musculaire moyen* (fig. 2). — On dégage l'omo-hyoïdien que l'on sectionne d'une part, en haut, près de son attache hyoïdienne, d'autre part, en bas, le plus loin possible.

4^o *Dissection du lobe thyroïdien latéral* (fig. 3). — Repérer le lobe latéral du corps thyroïde. En dégager

le bord externe et les deux pôles. Lier et sectionner les pédicules thyroïdiens supérieur et inférieur, le tronc thyro-linguo-pharyngo-facial et l'artère laryngée supérieure.

5^o *Dégagement du pharynx et de l'œsophage* (fig. 3).

— Un écarteur de Farabeuf récline en arrière le muscle sterno-cléido-mastoïdien et le paquet vasculaire comprenant la jugulaire interne et la carotide primitive.

Un écarteur à griffes récline fortement en avant le lobe latéral du corps thyroïde.

On peut alors dissocier le tissu cellulaire profond et arriver jusque sur la face antérieure du plan vertébral que l'on sentira du doigt.

Repérer les muscles constricteurs et l'œsophage. Protéger la partie inférieure du champ opératoire par une tente ou le coin d'une compresse pour recueillir le liquide qui va s'échapper à l'ouverture de l'œsophage.

6^o *Incision de l'œsophage* (fig. 4). — Au moyen d'une longue pince à disséquer sans griffes, on saisit la paroi œsophagienne à peu près en regard du cricoïde, et au bistouri on pratique une simple boutonnière. Une petite quantité de mucus mousseux s'en échappe.

7^o *Mise en place de la sonde œsophagienne* (fig. 4).

— La pince à disséquer repère et saisit la lèvre anté-

rieure de la boutonnière et l'extrémité de la sonde est introduite dans l'œsophage.

8^o *Fin du premier temps* (fig. 5). — De la gaze iodoformée est alors tassée dans la plaie, surtout en bas, au-dessous de la boutonnière œsophagienne. La sonde sort de la plaie et se fixe au moyen d'un cordon passé et noué autour du cou.

On peut, à la rigueur, mettre un point sur la peau aux deux extrémités de l'incision ; la mèche, qui doit être laissée en place, tiendra mieux ainsi.

9^o *Trachéotomie*. — On la fait généralement à la fin du premier temps. Elle est destinée à parer aux accidents asphyxiques que peuvent déclancher l'infiltration de novocaïne, et surtout la mise en place ultérieure de radium.

Elle peut être faite sur un malade qui arrive en état d'asphyxie menaçante et précède alors le premier temps de quelques jours.

Elle peut enfin être inutile lorsque la pharyngotomie s'adresse à un cancer n'intéressant pas la lumière laryngée.

Le premier temps est terminé. Une semaine va le séparer du deuxième acte opératoire, et cette interruption va présenter un triple intérêt :

- a) le malade va s'habituer à sa canule trachéale.,
- b) on va soutenir son état général par une alimentation liquide substantielle donnée au moyen de la

sonde, par de l'huile camphrée, du sérum glucosé, de la digitale si on le juge utile.

c) une véritable défense des tissus, et des adhérences vont rendre sans danger l'ouverture large du pharynx lors du second temps..

II. — Deuxième temps

L'anesthésie comprendra une infiltration à la novocaïne des régions de l'aile thyroïdienne et de la grande corne hyoïdienne, puis un badigeonnage à la cocaïne au 1/10 de l'épiglotte et du vestibule laryngé.

1^o *Réouverture large de la plaie* (fig. 6). — Faire sauter les deux points cutanés et retirer la mèche de gaze iodoformée. Ecarter comme précédemment à l'aide d'un écarteur de Farabeuf en arrière, et d'un écarteur à griffes en avant, pour dégager l'aile thyroïdienne et la grande corne de l'os hyoïde.

2^o *Incision des muscles* (fig. 6). — Les muscles sous-hyoïdiens, le périoste de l'os hyoïde, le péri-chondre du cartilage thyroïde, sont incisés suivant la ligne pointillée. Ruginer légèrement en avant et en arrière.

3^o *Section de la corne hyoïdienne et du cartilage thyroïde* (fig. 7). — La grande corne de l'os hyoïde, bien dégagée, est sectionnée, suivant sa résistance, à l'aide des gros ciseaux, ou à la cisaille courbe.

L'aile thyroïdienne est dégagée au niveau de ses bords supérieur et inférieur et le périchondre interne décollé comme dans la technique de l'hémilaryngectomie (lire la thèse de Marcel Ombrédanne : *Traitement du cancer endolaryngé par hémilaryngectomie* Masson, édit.). On la sectionne à l'aide de la pince fenêtrée d'Ombrédanne, puis à la pince gouge, à l'union du tiers moyen et du tiers postérieur.

Saisissant alors la tranche de section postérieure à l'aide d'une pince à griffes, on décolle sa face profonde du périchondre interne au moyen d'une spatule. Puis on l'enlève en sectionnant aux ciseaux les fibres du constricteur inférieur au ras de son bord postérieur.

On expose ainsi largement la paroi latérale du pharynx, à travers laquelle il est aisé d'explorer du doigt une tumeur de la région.

4^o *Pharyngotomie* (fig. 8). — Prenant alors les grands ciseaux droits, on pratique l'ouverture de la partie supérieure de l'œsophage et du pharynx en partant de la boutonnière faite pour introduire la sonde lors de la première opération.

5^o *Découverte et traitement de la lésion* (fig. 9). — Réclinant fortement en avant la partie antérieure de l'aile thyroïdienne, à l'aide de l'écarteur à griffes, on explore aisément la base de l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques, le sinus piriforme, la région rétro-cricoïdienne, et toute la cavité pharyngée jusqu'à la base de la langue.

6^o *Fin de l'intervention* (fig. 5). — Après traitement de la cause, l'opération se termine par la mise en place à nouveau de la sonde œsophagienne, et par méchage de la cavité opératoire de façon à la maintenir béante.

Les suites opératoires

Elles sont habituellement simples. Les compresses superficielles sont renouvelées tous les jours. Les mèches profondes sont laissées environ 4 jours, surtout si du radium a été mis en place. Puis elles seront renouvelées tous les jours et imbibées de la solution de Dakin dédoublée. Ces pansements ont une grosse importance et c'est avec le plus grand soin que les tentes seront introduites jusqu'au fond de la plaie. Si on attend bien que tous les tissus mortifiés soient éliminés, on doit obtenir une fermeture par seconde intention en un temps pouvant varier de 3 semaines à 1 mois, sans qu'il soit nécessaire de recourir à une opération plastique. La sonde sera retirée au bout de 3 ou 4 semaines suivant les cas, et lorsque la déglutition, par la voie normale, se fera sans difficultés.

Complications possibles

On peut observer :

— Des accidents septicémiques graves chez des sujets débilités. Des examens ont pu mettre en évidence des spirochètes, probablement d'origine buccale.

— Des hémorragies à répétition qui paraissent devoir être mises sur le compte de la radio-nécrose. Des ligatures sont impuissantes à sauver le malade ; elles sont suivies de nouvelles hémorragies par sphacèle du vaisseau lié.

— Des défaillances cardiaques.

Les indications de la pharyngotomie inférieure par voie latérale

Cette opération peut être utilisée dans diverses circonstances, mais la principale indication est à coup sûr le traitement des cancers du pharyngo-larynx. En outre elle peut s'appliquer à l'extraction de certains corps étrangers des voies digestives hautes ou à l'ouverture de phlegmons profonds du cou ayant pour origine une plaie du pharynx ou de l'œsophage cervical.

1^o *Cancers pharyngo-laryngés.* — La pharyngotomie permet leur extirpation large, en tissu sain ; ou en cas de lésion trop étendue, permet de compléter l'acte chirurgical par la mise en place de tubes de radium au contact même de la tumeur.

2^o *Corps étrangers.* — Les corps étrangers (dentiers à crochets, os volumineux et irréguliers) bloqués dans l'hypopharynx ou à la bouche de l'œsophage, exposent, par des manœuvres d'extraction forcée sous

œsophagoscopie, au redoutable accident de la déchirure de l'organe.

Mieux vaut, par pharyngotomie latérale en un temps cette fois, extraire le corps étranger, puis laisser soigneusement ouvert, mettant ainsi le malade à l'abri de toute complication septique profonde.

3^o *Phlegmon du cou*, — Enfin les phlegmons profonds diffus du cou, souvent consécutifs à une plaie du pharynx ou de l'œsophage par déglutition de corps piquants ou manœuvre brutale d'extraction, devront être ouverts par cette voie qui seule permet de mettre à l'air le foyer septique initial.

Résultats immédiats

Une douzaine de malades ont été opérés suivant cette technique dans le service de mon maître, le docteur Hautant.

Trois seulement moururent dans les dix jours qui suivirent l'intervention.

— L'un fit une infection générale à spirochètes, vraisemblablement d'origine buccale ; il était porteur d'un volumineux cancer pharyngo-laryngé étendu et infecté.

— Un autre mourut d'hémorragie foudroyante par ulcération de la carotide primitive consécutive à la mise en place d'une forte dose de radium.

— Le troisième était arrivé à l'hôpital porteur

d'une canule de Butling ; on la lui laissa et elle fut insuffisante pour le sauver de l'asphyxie brutale causée par une rapide poussée d'œdème.

Neuf se sont parfaitement rétablis après l'opération et la lésion initiale (cancer pharyngo-laryngé) a pu être traitée sans incident immédiat.

M. Hautant a présenté, en décembre 1931, à la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris, deux de ces malades qui étaient alors opérés respectivement, le 1^{er} depuis 10 mois, le 2^e depuis 8 mois.

Le premier était atteint de cancer du sinus piriforme gauche, au début, sans ganglions. Il fut opéré suivant la technique décrite, complétée par des applications de radium *in situ*. La plaie pharyngo-laryngée s'est cicatrisée par seconde intention sans fistule. La déglutition se fait normalement, il n'y a pas de troubles de la motilité laryngée. Revu au mois de juillet 1932, soit 17 mois après l'intervention, cet opéré ne présentait aucune trace de récurrence.

Le second, un cancer pharyngo-laryngé droit, a été traité suivant la même technique avec application de radium directement au contact de la lésion. Revu au mois de juillet 1932, soit 15 mois après l'intervention, le malade se présentait avec une plaie parfaitement cicatrisée par seconde intention. On notait alors un début de récurrence locale mais à marche très lente, sans trouble de la déglutition, sans dyspnée et conservation d'un bon état général.

CONCLUSIONS

La pharyngotomie inférieure par voie latérale devient une intervention sans gravité à la condition d'être exécutée en deux temps et de ne comporter aucune suture, ni des organes profonds ni des plans superficiels.

Faite en réséquant la grande corne de l'os hyoïde et le tiers postérieur de l'aile thyroïdienne, elle permet d'avoir une large vue sur la base de l'épiglotte, l'orifice supérieur du larynx, les replis aryténo-épiglottiques, le sinus piriforme, la région rétro-cricoïdienne.

Elle est donc indiquée, dans le traitement des cancers de cette région, soit par exérèse pure, soit par combinaison de la chirurgie et du radium.

On devra l'utiliser dans les cas de corps étrangers fixés au niveau de l'hypopharynx ou de la bouche de l'œsophage. L'intervention ainsi pratiquée n'est pas dangereuse pour le malade et le met au contraire à l'abri des redoutables complications septiques consécutives aux déchirures du pharynx ou de l'œsophage.

Enfin, lorsqu'à la suite d'une extraction difficile de corps étranger enclavé, ou de plaie pénétrante, on

voit apparaître les graves symptômes d'un phlegmon péri-œsophagien cervical, c'est encore par cette voie qu'on pourra le mieux aborder le foyer septique et le drainer convenablement.

Vu : Le Doyen,
BALTHAZARD

Vu : le Président,
LEMAITRE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
Pour le Recteur, l'Inspecteur de l'Académie,
PERRON

BIBLIOGRAPHIE

- BOYLAN ORTON M. D. — *Latéral transthyroïd pharyngotomy ; Trotter's operation for malignant conditions of the laryngopharynx* (Archives of otolaryngology, september, 1930).
- *Diagnosis and treatment of malignant conditions of the laryngopharynx* (The journal of the american medical association, 23 janvier 1932).
- British medical journal*. — *Carcinoma of the laryngopharynx*, 12 décembre 1931 (discussion sur les diverses méthodes de traitement).
- COLLEDGE. — *An analysis of 126 cases of malignant disease of the upper air passages treated during a period of ten years 1921-1930* (The journal of laryngology and otology mars 1932).
- *Cancer of the larynx* (avec Saint-Clair Thomson), 1 volume, Kegan Paul, Trench, Trubner, and Co Londres).
- EICKEN (von). — *Malignant disease of the hypopharynx* (The journal of laryngology and otology, avril 1932).
- FAURE J. L. — *De la voie trans-hyoïdienne dans l'extirpation des néoplasmes de la région glosso-épiglottique* (Bulletin de laryngol., 30 décembre 1903).
- IVERSEN (Axel). — *Ueber pharyngotomie sub-hyoïdea* (Arch. f. Klin. chir., XXXI).
- LEMAITRE. — *Archives internationales de laryngologie*, 1922, t. 1^{er}, p. 185.
- MOURE. — *Journal de Méd. de Bordeaux*, juillet 1897, Société Anat. et de physiologie patholog. de Bordeaux, 21 juin 1897.
- OMBRÉDANNE (Marcel). — *Traitement du cancer endolaryngé*, 1 vol., Masson, 1930.
- PEACOCK et COLLEDGE. — *An analysis of 126 cases of malignant disease of the upper air passagis treated during a period of*

- ten years, 1921-1930 (The journal of laryngology and otology, mars 1932).
- PORTMANN. — *La pharyngectomie* (Presse médicale, 23 déc. 1931.
- PRAT. — *Gaz. des hôp.*, septembre 1869.
- SAINT-CLAIR THOMSON. — *Cancer of the larynx*, 1 vol., Kegan Paul, Trench, Trubner and Co, Londres.
- TROTTER WILFRED. — *Principles and techniques of the operative treatment of malignant disease of the mouth and pharynx*, Lancet 1 : 1075 (19 avril 1913), 1147 (26 avril 1913).
- *A method of lateral pharyngotomy for the exposure of large growths in the epilaryngeal région* (journal of laryngology, octobre 1920).
- *Purvis oration on the surgery of malignant disease of the pharynx* (British medical journal, 13 février 1926).
- *Operations for malignant disease of the pharynx* (British journal of Surgery, vol. XVI, n° 63, janvier 1929, p. 485).
- *Malignant disease of the hypopharynx and its treatment by excision* (The british medical journal, 19 mars 1932).
- VALLAS. — *Société de sciences médicales de Lyon*, déc. 1895, (Province médicale, 3 janvier 1896).

